

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LAROCHE Jean - Octave

Né à Paris, le 30 Mai 1902

Considérations d'ordre hygiénique et
d'ordre psychologique sur la construction
et la disposition intérieure des
Etablissements hospitaliers

Président de Thèse : M. L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91
PARIS

1935

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LAROCHE Jean - Octave

Né à Paris, le 30 Mai 1902

Considérations d'ordre hygiénique et d'ordre psychologique sur la construction et la disposition intérieure des Etablissements hospitaliers

Président de Thèse : M. L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91
PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	OMBREDANNE.
pédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGENT.
Clinique propédeutique.....	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUEJOL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABTAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ECALLE			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur TANON

*Qui nous a fait l'honneur de
présider cette thèse.*

*En témoignage de très respec-
tueuse reconnaissance.*

A MA FEMME

*Qui fut mon aide au cours de
mes derniers mois d'études.*

A MON PERE

*A qui je dois tant de reconnais-
sance pour tous ses efforts et
sa constante bonté.*

A MA MERE BIEN-AIMÉE

A MES BEAUX-PARENTS, le D^r et M^{me} BOSSIS

A MON ONCLE, A MA TANTE

A Monsieur P. TOMBECK

SECRÉTAIRE HONORAIRE A LA FACULTÉ DES SCIENCES

En témoignage de reconnaissance pour toutes les marques du bienveillant intérêt si souvent accordées.

A Monsieur le Professeur VERNE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ POUR L'AVANCEMENT
DES SCIENCES

*En guise d'un très respectueux
souvenir et d'une parfaite
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

PROPOSITIONS GENERALES

Le but que nous nous sommes assigné en écrivant cette Thèse est une modification assez profonde dans la disposition des chambres de malades en ce qui concerne la construction des établissements hospitaliers modernes.

Ces modifications peuvent sembler, au premier abord, d'importance secondaire et nous sommes tout prêt à reconnaître les nombreux efforts accomplis depuis le commencement de l'hospitalisation collective dans nos régions, c'est-à-dire depuis le ix^e siècle environ jusqu'à nos jours, pour accorder aux malades de plus en plus de confort et de chances de guérison : un progrès plus sensible que tous semble avoir été commencé il y a une quarantaine d'années et cela normalement à la suite des acquisitions remarquables des sciences dans le domaine micro-biologique et médical en particulier. Mais c'est peut-être à cause de ces progrès scientifiques que l'attention des architectes et des hygiénistes, subjuguée et confinée dans le domaine prophylactique et thérapeutique (en entendant par le mot thérapeutique l'administration de soins divers et leur présentation) ne s'est pas suffi-

samment arrêtée, à notre sens, sur cette troisième et si importante donnée : le malade en tant qu'homme, son psychisme, ses réactions dans les diverses circonstances de la vie et surtout aux moments où viennent l'angoisse et la douleur.

Nous ne négligerons, certes pas, les questions d'hygiène et de prophylaxie qui toutes mènent à une même conclusion : nécessité de l'isolement de la plupart des malades; mais nous insisterons sur la nécessité de cet isolement en ce qui concerne l'influence morale et nous croyons pouvoir affirmer que cette question est de première valeur. Enfin nous aurons à répondre à deux objections principales : on nous fera observer que certains malades préfèrent être traités en salle commune et que, dans un autre ordre d'idées, l'isolement des malades présente une augmentation assez sensible des frais de construction et d'entretien des établissements.

Nous allons donc étudier maintenant ces questions, chiffres à l'appui; et avec le plus d'impartialité possible en nous efforçant de donner à chacune d'entre elles l'importance qu'elle doit avoir pour la réalisation de ce but essentiel que doit viser tout hygiéniste et tout médecin : donner aux malades le maximum de chances de guérison et le minimum de tristesses dans le cours de la maladie.

HISTORIQUE

DES ORIGINES A L'ANNÉE 1849

L'Antiquité nous fournit très peu de renseignements sur la manière de soigner les malades et il semble que l'hospitalisation collective telle que nous la connaissons, n'existait pas à ce moment.

La clientèle et l'esclavage tenaient lieu de charte sociale et il est probable que les malades étaient traités dans la maison où ils étaient attachés.

C'est avec le début du Christianisme que l'on remarque pour la première fois l'existence de maisons de secours et d'abri, toujours placées sous l'autorité ecclésiastique.

Les Conciles faisaient d'ailleurs un devoir aux Evêques de veiller à l'administration des Maisons de Charité et les « premiers Hôpitaux et Hospices s'élevèrent à l'ombre des cathédrales » (1). Le Concile d'Orléans qui date de 549 prohiba l'aliénation des biens hospitaliers. A Tours, en 567, un autre Concile posa le premier le principe de l'Assistance régionale et celui de

(1). LAROUSSE, *Histoire de France* en 2 volumes, Tome I, p. 129.

Nantes, tenu en 658, ordonna l'abandon du quart des dîmes et des offrandes afin de venir en aide aux établissements hospitaliers.

Bientôt, l'administration de ces établissements qui se multipliaient, devint une lourde charge pour l'évêque qui, jusque-là, en était le seul réel administrateur et le Concile d'Aix-la-Chapelle, datant de 816, autorisa les évêques à se décharger, au moins partiellement, sur les chapitres, des soucis causés par l'entretien de ces maisons.

De plus, il faut tenir compte de ce fait que, même à cette époque — déjà! — l'encombrement des salles se fit sentir. Charlemagne, par un Capitulaire de 809, ordonna aux cités de nourrir les pauvres, mais il posa comme condition que ceux-ci devraient, dans la mesure de leurs moyens, ne point refuser de travailler. Ainsi, au cours des siècles qui se sont succédé du x^e au xvi^e environ, on peut dire que toute l'organisation hospitalière a été confiée à l'Eglise. Certes, à côté de fondations essentiellement ecclésiastiques, il y en eut d'autres dûes à la générosité des cités ou des particuliers, mais d'une manière générale et même dans ces cas de fondations laïques, l'administration des établissements hospitaliers fut confiée au clergé. Il y avait, d'ailleurs, certains établissements spécialisés et ne recevant que certaines catégories de malades, suivant le désir des donateurs.

A côté des Hôpitaux, il convient, surtout à partir de la fin du xii^e et pendant tout le cours du xiii^e siècles, de faire mention spéciale pour les maladreries ou lé-

proseries. Nous aurons à revenir sur l'évolution de cette épidémie dans nos régions et sur sa disparition relativement rapide et complète, de même que sur les causes possibles qui modifièrent singulièrement sa contagiosité, du moins dans nos pays. Mais à cette époque, le mal était répandu en telle abondance qu'on peut estimer à plus de vingt mille le nombre des maladreries au ^{xiii}^e siècle, en Europe. Ces maisons donnaient surtout un refuge aux malheureux atteints de cette affection et ils devaient, en grande partie, subvenir par la mendicité rendue légale à la plupart de leurs besoins. Il est intéressant toutefois de remarquer l'existence d'une notion de « contagage » et tout le monde sait qu'ils devaient annoncer leur approche à l'aide d'une crécelle et porter un signe distinctif, généralement une pièce d'étoffe rouge, mise bien en évidence sur leurs vêtements. Ailleurs, même, ils ne pouvaient approcher les hommes non contaminés et la charité publique leur faisait porter des aliments en certains lieux connus et désignés à l'avance, où ils allaient les chercher. A part ces fondations bien spéciales qui sont d'une époque et répondent à un besoin précis, l'Hôpital et l'Hospice proprement dits prennent peu à peu leur valeur et leur signification définitive.

D'une formation au début unique sortirent, en effet, les trois grands groupes d'établissements hospitaliers tels qu'ils fonctionnèrent dès le règne de Louis XIV et même s'ébauchèrent dès 1505, sous le règne, et par ordonnance de Louis XII.

Une des plus marquantes parmi les modifications apportées par ce roi à l'administration des établissements hospitaliers, est la sécularisation. La disparition de certaines affections — la lèpre avait en effet presque complètement cessé ses ravages dans nos régions dès cette époque (remplacée il est vrai par d'autres affections, la siphylis en particulier) — et, d'autre part, quelques abus et des erreurs nombreuses dans la direction des Hôpitaux, toutes ces considérations amenèrent le gouvernement royal à séculariser les Hôpitaux. Le cas est typique pour l'Hôtel-Dieu de Paris. En 1505 une ordonnance royale confia donc l'administration hospitalière à 8 notables bourgeois. Ce nombre fut porté à 12 par arrêté du Parlement du 3 mars 1654.

Charles IX, en 1561, donna aux seules communautés des villes le choix d'administrer ces établissements et cette conception fut confirmée par le Parlement en 1789.

Mais, en même temps que s'accomplissaient ces réformes dans l'administration des établissements hospitaliers, s'effectuaient aussi des modifications dans l'ordre des spécialisations des dits établissements, et ainsi vont peu à peu se former les trois groupes, les trois formes sous lesquelles s'exercera la charité publique au xvii^e siècle : l'Hôpital proprement dit — type Hôtel-Dieu -- l'Hôpital général (qu'on retrouve légèrement modifié dans l'Hospice) et le Grand Bureau des Pauvres d'où dérivent les diverses formes d'assistance à domicile.

Louis XIV, le 27 avril 1656 avait confié au Premier Président et au Procureur Général du Parlement l'administration du Grand Bureau des Pauvres. Des lettres patentes du même roi, datant de janvier 1690, chargèrent un comité désigné alors de la direction du Grand Bureau des Pauvres. Ce comité comprenait : l'Archevêque de Paris, président; le premier Président du Parlement, le premier Président de la Cour des Comptes ou son équivalent, le premier Président de la Cour des Aides, le Procureur Général près le Parlement, le Lieutenant de Police et le Prévôt des Marchands. Ces personnages s'assemblaient à l'archevêché.

Depuis cette époque, des modifications nombreuses sont venues changer le mode d'administration des trois grandes sortes de formations hospitalières que nous venons d'indiquer, mais en réalité, actuellement encore, c'est de ces trois groupes de fondations que découlent toutes les maisons et toutes les formes sous lesquelles la charité publique continue de se manifester. Nous ne pouvons étudier ici ni l'assistance à domicile qui n'a pas de rapports avec les points que nous nous sommes proposé d'exposer. Nous nous attarderons même peu à l'Hospice. Etudions plus en détail l'Hôpital proprement dit de 1849 à nos jours.

CONDITIONS D'HYGIÈNE ET MOUVEMENT DE LA POPULATION
DANS LES HÔPITAUX PARISIENS DE 1849 A NOS JOURS

Ce n'est pas sans raisons que nous choisissons cette date de 1849 pour commencer l'étude des conditions d'hygiène et celle des mouvements de la population parisienne dans les hôpitaux.

En 1900, l'Administration de l'Assistance Publique fit publier un ouvrage détaillé intitulé « l'Assistance publique à Paris en 1900 ». Nous avons puisé dans cet ouvrage les principaux renseignements dont nous nous sommes servi pour suivre pas à pas les efforts accomplis pour l'amélioration de l'état de santé des malades et pour l'amélioration aussi des types de constructions hospitalières.

Depuis cette époque enfin nous avons étudié sur des documents épars mais précis les constructions récentes jusqu'aux types d'hôpitaux les plus récemment construits.

La loi du 10 janvier 1849 qui régit l'Administration des Hôpitaux et des divers établissements hospitaliers à Paris a apporté donc une série de modifications profondes. Non seulement le mode d'administration

fut changé, profondément remanié et établi, codifié dans sa forme actuelle, mais aussi à dater de cette époque, furent entreprises des constructions nouvelles d'hôpitaux et des améliorations et modifications dans les vieux bâtiments appelés à servir quelques temps encore avant leur disparition.

De 1849 à 1900 environ les conditions de salubrité furent remaniées, surtout en ce qui concernait l'éclairage et le chauffage des bâtiments déjà existant. Le fonctoinnement de ce grand rouage allait d'ailleurs être soumis à une rude épreuve avec une grande épidémie cholérique que devait suivre une seconde épidémie de la même affection en 1853-1854.

Les efforts divers qu'avait à supporter le personnel dirigeant de l'Assistance publique furent facilités par l'établissement d'un Conseil de Surveillance institué, lui aussi, par la même loi du 10 janvier 1849.

Pour ce qui est de la transformation des bâtiments, c'est surtout aux environs de 1900 et depuis, que les travaux les plus importants ont été accomplis.

Nous rappellerons dans cet ordre d'idées :

1° Une transformation de certaines salles de l'hôpital Necker avec adjonction d'une installation électrothérapique, modifiée encore au cours de ces dernières années ;

2° Un laboratoire spécial dû à la générosité du docteur Millard et installé dans l'ancien hôpital Beaujon ;

3° L'installation rationnelle avec large ventilation du nouvel hôpital Boucicaut construit sur les plans de MM. Legros père et fils où chaque malade pouvait disposer de 80 m³ d'air par jour, ce qui constitue un notable progrès sur les anciennes constructions, mais qui laissait toutefois subsister la disposition en salles assez vastes, disposition contre laquelle nous aurons à revenir ;

4° L'installation de l'éclairage électrique dans l'hôpital Saint-Louis et où l'on appliqua l'une des premières fois l'éclairage électrique exclusif. Il en était de même d'ailleurs à l'hôpital Boucicaut mais celui-ci, nous le savons, était de construction récente, relativement.

5° La construction en 1881 de la clinique qui porte aujourd'hui le nom de Clinique Tarnier et qui succéda à l'« Hôpital des Cliniques » créé par Louis XV pour servir à l'enseignement clinique des étudiants. C'est en effet après la mort du professeur Tarnier, survenue le 23 novembre 1897, que l'établissement prit son nom.

6° Enfin, et nous y insisterons quelque peu, une construction, il est vrai toute récente, est venue apporter avant la lettre, le témoignage de sa perfection à la Thèse que nous avons l'honneur de soutenir.

Destinés aux accouchements, construits suivant les derniers perfectionnements architecturaux, répondant parfaitement aux idées qui nous ont inspiré ce

travail, les bâtiments de la nouvelle clinique Bandelocque semblent réaliser un réel progrès dans le chapitre de la disposition intérieure des établissements hospitaliers.

Dans ces constructions nouvelles, en effet, au lieu de la salle de travail classique avec ses lits, voisins, où les angoisses d'une parturiente ne pouvaient qu'augmenter les appréhensions d'une nouvelle arrivée, chaque femme est isolée, en effet, dans une chambre particulière et l'hygiène autant que l'état moral de l'accouchée, trouve ainsi un réel avantage.

Enfin, dans les cas où un isolement s'impose et où l'on a le juste désir d'éviter une contagion facile en ces cas, des chambres particulières ou à deux lits dont se compose le service de l'isolement, viennent donner au médecin l'assurance d'une prophylaxie aussi rigoureuse qu'il est possible de l'observer.

Puisse un tel exemple être partout suivi.

Mais il faut tenir compte encore des établissements existants avec leur disposition telle qu'elle est encore comprise aujourd'hui. La construction du nouvel Hôtel-Dieu précéda de quelques années la démolition de l'ancien Hôtel ou plutôt des bâtiments qui en avaient été conservés. Précédemment construit sur les deux rives du petit bras de la Seine, entre l'île de la Cité et l'actuel quai Montébello, cet hôpital ne comportait plus en 1900 comme anciens bâtiments, que la partie construite dans l'île. Celle-ci se composait de 4.415 m² 95 pour les cours et les jardins. Cette annexe disparut totalement en 1900-1902.

Quelques années avant la guerre de 1914-1918, l'ancien Hôpital Trousseau disparut à son tour et fut remplacé par un groupe hospitalier construit sur le système des Pavillons et occupant une surface de 4 hectares environ, dont un tiers pour les bâtiments et deux tiers pour les cours et les jardins, avenue Michel Bizot.

L'ancien Hôpital de la Pitié disparut à son tour et fut transféré du quartier du Jardin des Plantes au boulevard St-Marcel où ses 9 services, auxquels sont adjoints des services de consultation, de spécialités et une maternité, occupent des bâtiments de trois étages, en retrait pour les salles d'opération des trois services de chirurgie. Enfin il convient de citer les transformations sur place, avec agrandissements et aménagement de nouveaux pavillons ; des derniers vestiges de l'ancien Hôpital Cochin (service d'urologie, en particulier) ; de quelques bâtiments de l'Hospice de la Salpêtrière (service hospitalier de Chirurgie) ; de l'Hôpital Bichat, en grande partie reconstruit et agrandi considérablement ; de l'Hôpital Broussais entièrement refait et agrandi lui aussi, surtout en hauteur, dans des proportions considérables.

Enfin il importe d'étudier de près la disposition des divers services du nouvel Hôpital Beaujon, de construction toute récente (puisque au moment où nous écrivons ces lignes il n'est pas encore entièrement aménagé).

Cet hôpital qui occupait de vieux bâtiments situés au 208 de la rue du faubourg St-Honoré et seulement

un petit groupe de constructions plus récentes (pavillon Dolbeau, rue de Courcellès), est appelé à disparaître un jour. Le nouvel hôpital qui s'élève, c'est le cas de le dire, sur 11 étages, est construit à Clichy, peut passer pour le type de la construction idéale ou du moins la plus perfectionnée de nos jours dans le genre.

Si nous étudions rapidement la disposition des bâtiments des divers établissements construits au XIX^e et au XX^e siècle et surtout depuis une cinquantaine d'années, nous remarquons que les architectes se sont tout à tour rattachés à trois types correspondant à trois conceptions.

Les plus anciennement construits parmi les hôpitaux pouvant être considérés comme relativement modernes, comprennent essentiellement un ensemble de bâtiments de forme régulière, hauts de deux ou trois étages, comprenant des corps de bâtiments principaux et des « ailes » rattachées aux constructions principales et perpendiculairement à la direction de celles-ci. Ces constructions entourent généralement ou plusieurs cours carrées et sont desservies par de vastes galeries. Le type de ces constructions est l'Hôtel-Dieu de Paris et un peu avant lui les Hôpitaux Tenon et Lariboisière (1) (partie principale). En principe, les services de chirurgie occupent le rez-de-chaussée, ceux de médecine générale le premier étage et les services de spécialités sont répartis entre les

(1) Ouverture 13 mars 1858.

salles du second étage ou dans une partie isolée de l'établissement.

Après l'année 1900 une tendance qui va s'accroître consiste à isoler au contraire les divers services ou groupes de services du même ordre en des pavillons particuliers. A côté des établissements d'isolement pour maladies contagieuses et construits spécialement pour cela (Claude Bernard, par exemple) ou de certains Hôpitaux provisoires, construits pour la durée d'une épidémie et qui durèrent parfois bien plus longtemps (Broussais ancien), il faut noter l'extension de cette disposition à tous les hôpitaux construits dans les années qui ont précédé la guerre.

Les anciens bâtiments de l'Hôpital Cochin — non compris les services d'urologie de construction récente, nous l'avons dit — marquent nettement cette disposition : service de chirurgie, divers services de médecine, service d'Urologie et même jusqu'aux services annexes Radiologie, Pharmacie (et même cuisine) occupent tous un bâtiment particulier. Seules les consultations sont groupées sur une même ligne longeant la rue du faubourg St-Jacques, mais les bains, la chaufferie, l'amphithéâtre et les divers laboratoires suivent la règle et sont isolés en pavillons distincts.

Le nouvel Hôpital Trousseau, lui aussi, répond, en gros, à ce type de construction.

L'Hôpital Boucicaut avec ses salles voûtées (sauf dans le service de maternité) est construit de la même façon en ce qui concerne, du moins, la disposition des bâtiments. Très peu avant la guerre, la construction

du nouvel Hôpital de la Pitié va marquer une légère modification que l'on peut regarder, peut-être, comme une transition entre ces constructions à Pavillons isolés pour chaque service et les conceptions récentes dites « en Bloc » et qu'on dit d'origine américaine. Si les divers services de médecine, de chirurgie, etc... sont encore séparés, du moins sont-ils groupés d'après leur nature, et d'un côté se trouvent les services de chirurgie réunis sur trois étages en un seul bâtiment de grandes dimensions, de l'autre sont les services de médecine réunis eux aussi. Ailleurs se trouvent les services de consultations groupés, sans étage, autour d'une courette spéciale.

C'est un peu ce type qui a été suivi dans les constructions sur places ou reconstructions des Hôpitaux Bichat, Broussais, etc...

Enfin, conception nouvelle, l'Hôpital Beaujon (nouveau) est édifié sur le mode dit « en Bloc ». Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici les détails pourtant si intéressants de cette vaste maison. Qu'il nous suffise de signaler ce fait que chacun des onze étages de cet hôpital est occupé par un service particulier, séparé ainsi des autres et qui garde son autonomie complète, non seulement en ce qui concerne les salles de malades, mais aussi en ce qui touche aux services adjoints et, en particulier, les laboratoires et aux pièces réservées aux examens spéciaux.

Quelles sont les raisons qui ont présidé à ces modifications nécessaires de la disposition générale des services et des bâtiments hospitaliers ? Il est certain

que, en dehors de questions d'esthétique, qui sont à considérer, mais seulement d'une manière très secondaire, des considérations d'ordre hygiénique ont puissamment agi.

Il est non moins certain que des questions d'ordre économique sont intervenues avec non moins d'importance et plus aujourd'hui que jamais.

CONSIDERATIONS D'ORDRE HYGIENIQUE

Nous avons vu que des conditions d'ordre hygiénique étaient intervenues dans les conceptions successives des constructeurs d'hôpitaux et surtout depuis le milieu du siècle dernier. Certes le moyen-âge et l'antiquité, dans une certaine mesure, avaient vaguement la notion de contagion. Mais nous avons vu également que cette notion existait pour certaines affections peu nombreuses et parmi lesquelles il convient de placer la lèpre au premier rang. Encore pour cette affection et pour les autres mettait-on en cause des facteurs mal définis qui n'intervenaient pas ou intervenaient peu et ce n'est guère qu'avec l'apparition de l'époque moderne que la connaissance de la Bactériologie va permettre des modifications correspondant à des données scientifiques permettant la répartition des services dans les hôpitaux.

Après la construction des hôpitaux que nous avons pu classer dans un premier groupe et dont l'Hôtel-Dieu de Paris nous a servi de type, au moment où s'élevaient les établissements du type n° 2 (Cochin nouveau, Trousseau, etc...) l'opinion savante et même l'opinion vulgaire furent frappées par cet effort vers

un isolement aussi complet que possible des diverses catégories de malades et l'on pensa alors avoir, dans ces constructions, réalisé le maximum de prophylaxie et de confort.

Certes, cette disposition par pavillons séparés, et séparés par des pelouses et des jardins, était favorable en principe à la santé des malades et l'on ne saurait la comparer à celle de certains établissements anciens, où les salles de malades se trouvaient disposées le long de sombres corridors et insuffisantes, souvent, quant au volume, par rapport au nombre des individus qui s'y trouvaient entassés. Mais à côté de ces avantages manifestes, de sérieux inconvénients se firent bientôt sentir. L'isolement des pavillons et des services centraux impose, en effet, de fréquents déplacements aux malades. Ces déplacements peuvent, pour certains d'entre les malades, du moins, ne pas aller sans désavantages. Qu'il nous soit permis de citer un exemple : actuellement encore, à l'exception du service de chirurgie qui s'y trouve rattaché par ses bâtiments, les divers services de l'Hôpital Cochin sont tous séparés du service central de Radiologie et d'Electrothérapie pourtant si bien compris en soi. Les malades des divers services de médecine et de spécialités qui doivent s'y rendre ou y être transportés ont donc à traverser une ou plusieurs avenues et certains ont ainsi une assez grande distance à parcourir. Avec l'Hiver surviennent des inconvénients plus grands encore et en dépit de toutes les précautions prises, malgré la protection des malades contre

le froid assurée par tous les moyens humainement possible, pour certains malades, le froid peut ne pas être sans danger.

Le personnel soignant lui-même se trouve alors exposé à de brusques changements de température et la chaleur qui régne dans les salles de malades (un peu excessive parfois, mais parfois aussi nécessaire à certains d'entre eux) augmente, par opposition avec le froid intérieur, les risques d'accidents.

La disposition unique et centralisée de certains services généraux (Radiologie, salles d'examen spéciaux etc....), dans le cas de malades plus ou moins contagieux, est en opposition, enfin, avec la séparation et l'isolement si absolus par ailleurs.

Dans les Etablissements construits en « Bloc » et dont le nouvel Hôpital Beaujon est le type, il est vraisemblable que ces inconvénients seront supprimés. D'une part les malades n'auront plus à craindre de gros et brusques changements de température dans les cas où ils auraient à se rendre dans des services annexes; d'autre part, l'autonomie de chacun des services avec adjonction de services particuliers pour chacun d'eux, diminuera encore les chances de promiscuité et donc de contagion.

Et nous toucherons ici un point capital de notre Thèse. Quelque soit le soin apporté dans toutes les constructions hospitalières, jusqu'ici, l'isolement idéal en chambre ou en « box » à un seul lit a été considéré comme spécial aux seuls hôpitaux de contagieux et encore pour certains malades seulement. Dans les ser-

vices de médecine ou de chirurgie générales, s'il existe des salles d'isolement (et il en existe, en fait, une ou deux au moins, dans la plupart des cas), ces chambres sont destinées aux seuls très grands malades ou bien elles sont considérées comme une faveur. Dans le premier cas, la chose est logique; dans le second elle est un avantage pour l'occupant. Partout ailleurs, les malades sont groupés dans des salles très vastes, généralement, non seulement de chaque côté de la dite salle mais aussi au milieu, suivant les besoins et le nombre des hospitalisés.

Ce groupement de plus de quarante malades, parfois, dans une même salle, et quand bien même le volume de la pièce, en mètres cubes, serait suffisant, répond-il à toutes les exigences ou même aux plus simples prescription de la prophylaxie et de l'hygiène? Nous pensons pouvoir nous permettre de dire que nous ne le croyons pas !

A côté, en effet, de grosses affections éminemment contagieuses, et dans leur forme grave qui dictent l'isolement du malade, il est des faits qu'il importe de rappeler et qui parlent, eux aussi, en faveur de cet isolement.

Considérons, par exemple, la rougeole. Maladie contagieuse considérée classiquement comme bénigne, dans la plupart des cas et seulement redoutable, ordinairement, pour ses complications possibles et parmi lesquelles il convient de mettre au premier rang les complications pulmonaires. Cette affection présente pourtant bien plus de suites fâcheuses quand elle est

traitée en salle commune. Nous savons que ce fut là une constatation clinique et que toutes les précautions ont été prises depuis à ce sujet et en faveur du bien-faisant isolement. Nous ajouterons même que dans un hôpital militaire où nous avons eu, pour le service des raisons de pénétrer, non seulement l'isolement des suspects ou des soldats atteints d'une affection contagieuse, mais aussi et précisément celui des rougeoleux, était strictement observé. Ces précautions n'avaient rien d'exagéré et il est absolument vrai qu'il existe une différence entre le pronostic d'une affection morbilleuse suivant qu'elle est traitée en salle commune ou à domicile, c'est-à-dire dans l'isolement au moins relatif. A côté de cette maladie et bien qu'il soit plus difficile de tirer des conclusions absolues à ce nouveau sujet, nous pensons ne pas devoir laisser sous silence certaines considérations découlant de l'histoire des épidémies anciennes en ce qui concerne la lèpre, particulièrement.

Nous avons dit et nous y reviendrons une fois encore que cette maladie fut d'un temps qu'elle correspond à une époque bien déterminée. Ce qui s'explique moins, c'est la contagion de l'affection à une certaine époque puis sa quasi disparition à partir d'une certaine date sans que les moyens prophylactiques et thérapeutiques aient varié à notre connaissance, puisqu'il convient de considérer l'Europe ou du moins nos contrées comme débarrassés du fléau dès le quatorzième et certainement à partir du seizième siècle. Est ici dire qu'elle a disparu. Pas absolument mais sa

virulence est nettement atténuée : et pourtant il existe encore des malades atteints de cette affection. Il en existe encore plus près de nous que l'on pourrait le penser, mais le caractère épidémique de la maladie a disparu. On pourra nous dire qu'il y a là un fait paradoxal avec les données de la prophylaxie. Mais dans le domaine des hypothèses où nous sommes obligés de plonger alors, nous répondrons que le non groupement de tels malades et même une certaine et vraie liberté, est peut-être en faveur de la non dispersion de la maladie, le Bacille de Hansen n'étant pas exalté.

Ce n'est pas une donnée fausse, en effet, que cette propriété bien connue au sujet des germes morbides, d'être susceptibles d'augmenter leur virulence au fur et à mesure qu'ils exercent leurs méfaits sur divers individus. Ce n'est pas non plus une erreur que de penser, dans l'état actuel de nos connaissances et toujours sous le contrôle de la clinique, que les jeunes qui s'exaltent le font avec prédilection quand ils ont, si l'on peut écrire, la chance, de trouver leurs victimes réunies dans une promiscuité contre laquelle nous n'avons pas cessé de nous élever.

La chose est vraie « in vitro » comme elle a pu être constatée « in vivo ». S'il est vrai que certains germes perdent de leur virulence au fur et à mesure qu'on procède à des repiquages ou que l'épidémie se prolonge, d'autres germes, ou les mêmes pourtant, mais dans d'autres circonstances, augmentent au contraire leur virulence au point de causer de nombreux cas mortels. L'influenza de 1893, la grippe de 1918 qu'on a

aimablement attribué avec générosité à diverses nations, et cela avec une facilité qui n'avait que des rapports lointains avec la vérité scientifique, sont autant d'affections qui, avec les autres, peuvent nous servir à l'examen pour la Thèse que nous soutenons et, qu'on connaisse ou non le germe de certaines maladies, il est vrai, que pour la plupart d'entre elles du moins, il n'est pas rare de voir une exaltation de morbidité et d'activité au fur et à mesure qu'un plus grand nombre d'individus se trouvent touchés. On pourra faire remarquer que ces affections épidémiques disparaissent d'elles-mêmes. Nous pensons qu'à chaque fois, en tous cas, l'expérience coûte assez cher et qu'il serait plus rationnel d'aider les efforts de la thérapeutique et de la prophylaxie à ces occasions. Or, dans ces cas, une des premières menaces que prennent les autorités qualifiées est l'isolement des malades et, quand la chose est possible, l'isolement individuel. Malheureusement le fait n'est pas toujours possible, mais il est intéressant de noter que si les agglomérations et plus encore les groupes d'individus vivant à côté les uns des autres (casernes Lycées etc...) sont le plus touchés au début de ces affections épidémiques, les mesures prises alors, en dépit d'une intique systématiquement malveillante, arrêtent et jugulent les progrès de la contagion dans des proportions où l'on ne saurait atteindre en ce qui concerne le public, soumis à moins de précautions; l'épidémie de 1918 en est un exemple frappant. Dans les cas où le malade semble particulièrement contagieux et où même un diagnostic précis

se fait attendre on a recours à la formule suprême et presque... luxueuse de l'isolement. Puisse celui-ci se généraliser ! Ce serait là, croyons-nous, un grand pas que ferait la prophylaxie et qu'il est loin d'être impossible de réaliser, tout au moins dans la majorité des cas.

Enfin, chacun sait que les malades qui entrent dans un service pour une affection bien définie — établie pas toujours (ce sera alors aux médecins de ce service sous l'autorité du chef qu'il appartiendra de fixer la question), — que ces malades, disions-nous peuvent fort bien être les vecteurs d'une autre affection même à son début et que l'examen clinique pratiqué à l'entrée des malades pourra ne pas dépister. Et d'ailleurs il arrive que l'on rencontre des malades couchés dans une salle commune ce dont l'affection, si elle n'est pas nettement classée parmi les maladies contagieuses exigeant l'envoi dans un établissement spécial, laisse cependant à penser que les dits malades seraient plus rationnellement placés dans des chambres d'isolement. Hélas ! Il est absolument exact qu'on se haurte là non point à une question de bonne volonté ; mais à une question, si l'on peut dire, purement topographique et que de ces chambres d'isolement, il n'existe généralement pas assez d'échantillons dans la plupart des services et surtout des services anciennement construits. Nous ne nous dissimulons aucunement les difficultés que l'isolement, au moins un peu plus strict, des malades amènerait dans les services. Mais en dépit de toutes les critiques qui pourraient être faites, nous

estimons que ce serait un progrès nouveau et que la prophylaxie y gagnerait beaucoup. Au reste, l'idée, si elle n'a pas fait force de loi, est en voie de réalisation. L'hygiène doit s'en réjouir. Est-elle la seule à devoir le faire? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

CONSIDERATIONS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

L'installation d'un malade dans un service hospitalier ne va pas, le plus souvent, sans quelque appréhension de la part de ce malade.

Certes, il existe des personnes résignées à subir toutes les exigences de la thérapeutique et qui, volontiers, se laissent traiter suivant les besoins de leur état. Est-ce une simple question de résignation? Le milieu, l'éducation n'agissent-ils pas un peu? Nous tendons à le penser et l'on quitte plus facilement la solitude d'une chambre d'Hotel qu'un milieu familial et doux -- à condition qu'on y trouve le bonheur -- pour un lit d'Hopital. Il existe même des individus nettement décidés à ne point abandonner l'état d'Hospitalisation ! Encore convient-il de dire que dans ces cas, il en est de nombreux qui correspondent à de vraies détresses souvent suspectes, mais qui sont cependant sincères à côté d'autres qui le sont moins.

Quoi qu'il en soit, l'Hospitalisation peut-être considérée et est considérée en fait par la plupart des malades, comme une nécessité parfois inévitable absolument, mais toujours plus ou moins douloureuse.

Le médecin peut-il se désintéresser purement et simplement sans autre souci de ces questions qui regardent de si loin la thérapeutique ? Nous ne le pensons pas du tout. Et d'ailleurs de pareilles considérations sont-elles si éloignées de cette même thérapeutique ? Nous ne le croyons pas non plus et voici que nous abordons le second point important, le plus important peut-être, de notre travail.

Pour étudier cette question, pour bien comprendre les données de ce problème délicat qui empiète largement sur le domaine de la psychologie, nous devons considérer successivement la situation du malade suivant ce qu'on est convenu d'appeler son tempérament (psychologiquement parlant), son milieu, son instruction et sa culture générale, nous efforçant pour toutes ces questions de résoudre cette équation complexe avec le plus d'impartialité qu'il nous sera possible de le faire. Nous y serons aidé par des questions posées aux malades et même aux bien portants, lesquels — soit dit sans parodier un mot désormais célèbre — sont des malades éventuels et ont, à ce sujet des idées plus ou moins arrêtées (un peu trop arrêtées, même, en ce qui concerne la thérapeutique ; mais ce n'est pas là le point que nous voulons envisager). Quant à la question purement psychologique, il importe, au contraire et avant tout, de se documenter auprès d'eux.

Pour la plupart, les malades redoutent d'avoir à subir un séjour à l'Hôpital. La perspective d'avoir à supporter les exigences d'un long traitement ou l'appréhension de se trouver sur une table d'opéra-

tions n'est pas sans causer à tous un ennui et l'on pourrait penser que là se borne l'ennui qu'ils éprouvent en pénétrant dans les établissements hospitaliers où l'impossible sera fait pour accorder à ces malades un maximum de soins et d'asepsie, impossible même à réaliser dans la plupart des autres conditions. Eh bien ! des quelques questions que nous avons pu poser et à quoi il nous a été répondu, nous pensons que, cela, les malades le savent confusément aussi :

Cependant ils redoutent un séjour à l'Hopital pour qu'ils savent qu'ils auront à demeurer dans ces grandes salles et à cela il y a diverses raisons :

Parmi celles-ci, il convient de citer en premier lieu, la peur très légitime de la souffrance et de la mort. si un philosophe amer a pu dire que c'était là des deux seules choses qu'on n'aimait pas constatez chez les autres en fait d'ennuis, il n'en est pas moins vrai que le triste spectacle d'une agonie n'a rien de bien bon pour l'état moral de la plupart des malades (et fort heureusement).

Il nous a été possible de voir ces salles longues et surpeuplées, non seulement aux heures de visite — encore que celles-ci soient particulièrement cruelles à ceux des malades qui n'en reçoivent pas — mais aussi au cours des nuits, de ces nuits si longues pour ceux qui souffrent et où, au moins, ils auraient logiquement droit au sommeil.

Là encore, toutefois, la promiscuité, l'accumulation des malades se révèle néfaste.

Un blessé qu'on amène, la salle qui s'éclaire brusquement, les cris du blessé et parfois sa mort, tout cela explique plus encore que la crainte de la souffrance individuelle, la peur de la plupart des hospitalisés pour l'hôpital où ils reçoivent, pourtant, redisons-le, les soins les plus éclairés et dans les meilleures conditions en ce qui concerne, du moins, les installations et la présence d'un personnel qualifié.

Il nous a enfin été possible de demander à plusieurs personnes prises dans notre entourage ou même au hasard si elles préféreraient — en insistant sur le fait que nous leur souhaitions un autre destin — si elles préféreraient, disions-nous, être traitées en salle commune ou en chambre particulière au cas où il leur serait nécessaire de se faire hospitaliser. A l'exception de trois cas pour les hommes et de un seul cas pour les femmes, (1) l'hospitalisation en chambre particulière a été regardé comme un luxe, mais aussi comme un bienfait, chaque fois qu'elle peut-être réalisé. Encore devons-nous ajouter que les quelques cas d'exception provenaient d'individus pour lesquels aucune promiscuité ne pouvait être gênante, l'inverse, par contre, n'étant que très peu probable. Nous acceptons qu'il y en ait d'autres, mais nous croyons que ces cas constituent une réelle minorité.

Isolement ! Isolement prophylactique, bienfait moral, sauf pour les malades légèrement atteints ou en période de convalescence qui pourront se réjouir en-

(1) Nous avons interrogé dans ce sens une centaine d'individus.

semble — et cela encore sous toutes réserves au point de vue prophylactique — Voilà, croyons nous une mesure qui serait favorablement accueillie des malades d'autant plus qu'elle n'aurait pas nécessairement un caractère d'obligation absolue sauf en cas de nécessité, mais qu'elle serait applicable à ceux qui en manifesteraient le désir, c'est-à-dire, à l'énorme majorité.

OBJECTIONS DIVERSES A CES CONSIDERATIONS

Une modification profonde des méthodes de traitement, d'un côté accessoire peut-être mais non sans importance, ne va pas sans rencontrer quelques objections.

On nous dira tout d'abord qu'une telle modification appliquée aux constructions nouvelles ou organisée dans des bâtiments existant déjà, causerait une augmentation des dépenses d'installation et des frais d'entretien.

C'est évident.

Mais nous pensons que, puisque, en demeurant il n'y aurait pas à faire des dépenses excessives, une amélioration dans l'aménagement des Etablissements hospitaliers doit faire partie des plus urgentes réalisations des Autorités.

Ces dépenses seraient, en effet, relativement faibles, car il n'est pas nécessaire absolument de faire poser autre chose que de simples cloisons, au moins dans la plupart des cas.

On nous objectera ensuite que certains malades ont une réelle aversion pour l'isolement. La solution est simple nous l'avons dit, et nous ne souhaitons l'isole-

ment que comme chose possible, mais possible, quand le malade en manifeste le désir et quand, en tous cas, l'hygiène ne l'exige pas d'abord.

Une autre remarque plus importante, peut-être, nous a été faite en ce qui concerne les enfants. Ceux-ci, en effet, ont très souvent peur de la solitude. Ils ont, au contraire plaisir à se voir et cela calme leurs terreurs; ceci est vrai le jour, ceci est vrai la nuit. Mais il est facile de faire remarquer que dans les cas de contagion, les « box » d'isolement constituent une solution harmonieuse au problème et que cette disposition permet à une surveillance nécessaire de s'exercer.

Pourquoi ne généraliserait-on pas cette question encore que, en ce qui concerne l'enfant, les considérations d'ordre psychologiques s'exercent avec moins d'autorité?

CONCLUSIONS

Du résumé historique qui précède et des divers ordres de considérations que nous avons étudiés, nous tirerons les conclusions suivantes.

1° En ce qui concerne l'Hygiène, il est manifeste que de grands progrès ont été accomplis dans la construction et dans l'aménagement intérieur des Hôpitaux et des Hospices depuis le début et surtout depuis la fin du siècle dernier.

Les progrès et les acquisitions des sciences pures — la Bactériologie en particulier et ses applications — ainsi que diverses remarques cliniques ne permettaient pas, d'ailleurs, qu'il en fut autrement. C'est aux chercheurs qu'il appartient de poursuivre l'œuvre si bien avancée dans cette voie. Cliniquement, on sait combien l'isolement des malades en chambres particulières ou même simplement par « box », a non seulement servi la prophylaxie, mais aussi modifié en bien le pronostic collectif de certaines affections et ce n'est pas faire œuvre de novateur que de rappeler ici la différence qu'il y a entre l'évolution et le pronostic d'une rougeole, par exemple, suivant qu'elle

est traitée en salle commune de rougeoleux ou, au contraire, en chambre particulière et, mieux encore, dans la plupart des cas, à domicile, toutes précautions d'hygiène étant observées, bien entendu, dans tous ces cas d'isolement. On en est fondé à penser qu'il peut en être de même pour la plupart des maladies infectieuses pour lesquelles, d'ailleurs, on a prévu des hôpitaux et surtout des chambres ou « box » d'isolement.

2° Toutefois, nous croyons que certaines considérations d'un ordre différent et relevant plutôt du domaine psychologique, portant aussi sur la nécessité de l'isolement, méritent d'être particulièrement étudiées et psychologiquement, l'isolement serait apprécié des malades et leur apporterait plus de chances encore d'amélioration. Il permettrait l'adaptation de la situation des malades par rapport à leur caractère et à leurs goûts, du moins pour la plupart d'entre eux. Tout le monde sait que certains malades préfèrent être traités en salle commune pour être distraits; mais en revanche, parmi ceux qui souffrent surtout, il en est — et c'est la presque totalité — qui désirent la tranquillité et le repos.

Enfin, l'isolement permettrait à tous d'éviter les promiscuités parfois ennuyeuses et quelquefois pénibles à divers points de vue. La contrainte morale que certains malades sont obligés de s'imposer, peut, dans les conditions où ils se trouvent, être considérée comme préjudiciable à leur état de santé.

Nous ferons observer en terminant qu'un progrès dans le sens de l'isolement a été commencé et régulièrement poursuivi depuis une quarantaine d'années et, dans tous les hôpitaux, les chambres d'isolement se multiplient. Mais cette disposition est surtout inspirée par le souci de réaliser l'isolement prophylactique et nous avons voulu attirer l'attention sur le souci psychologique qui doit intervenir, à notre sens, dans la construction hospitalière.

Il faut tenir compte, évidemment, des individus, de leur maladie, de leur milieu, de leur race, même; autant de questions que nous n'avons pu étudier, nous bornant aux deux ordres de considérations envisagées ici.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

